

# 災害時の情報

◎災害・緊急時には、ここに書かれている者に、引き渡しをお願いします。

	氏名	続柄	緊急連絡先(携帯番号・アドレス等)
第1 引取者			
第2 引取者			
第3 引取者			
第4 引取者			
第5 引取者			

\*\*\*\*\* 災害時記入欄 \*\*\*\*\*

月日	時刻	引き渡し場所	引き渡し者名	引き取り者サイン

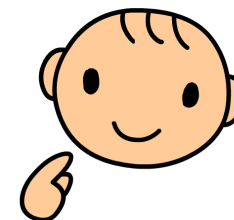
◎家族の避難先情報(親類宅、指定避難所、福祉避難所、自動車避難の駐車場所等)

	避難場所	電話番号	住所
①			
②			

TOBI版



## サポートブック



顔写真

よろしく  
おねがいします

ふりがな  
氏名

学校名・学年  
(電話番号)

ブック内情報

- 2P 基本情報・医療情報
- 3P 生活マップ
- 4・5P 本人の状況
- 6P 関わり方について
- 7P 家族の願い
- 8P 自宅地図

裏面

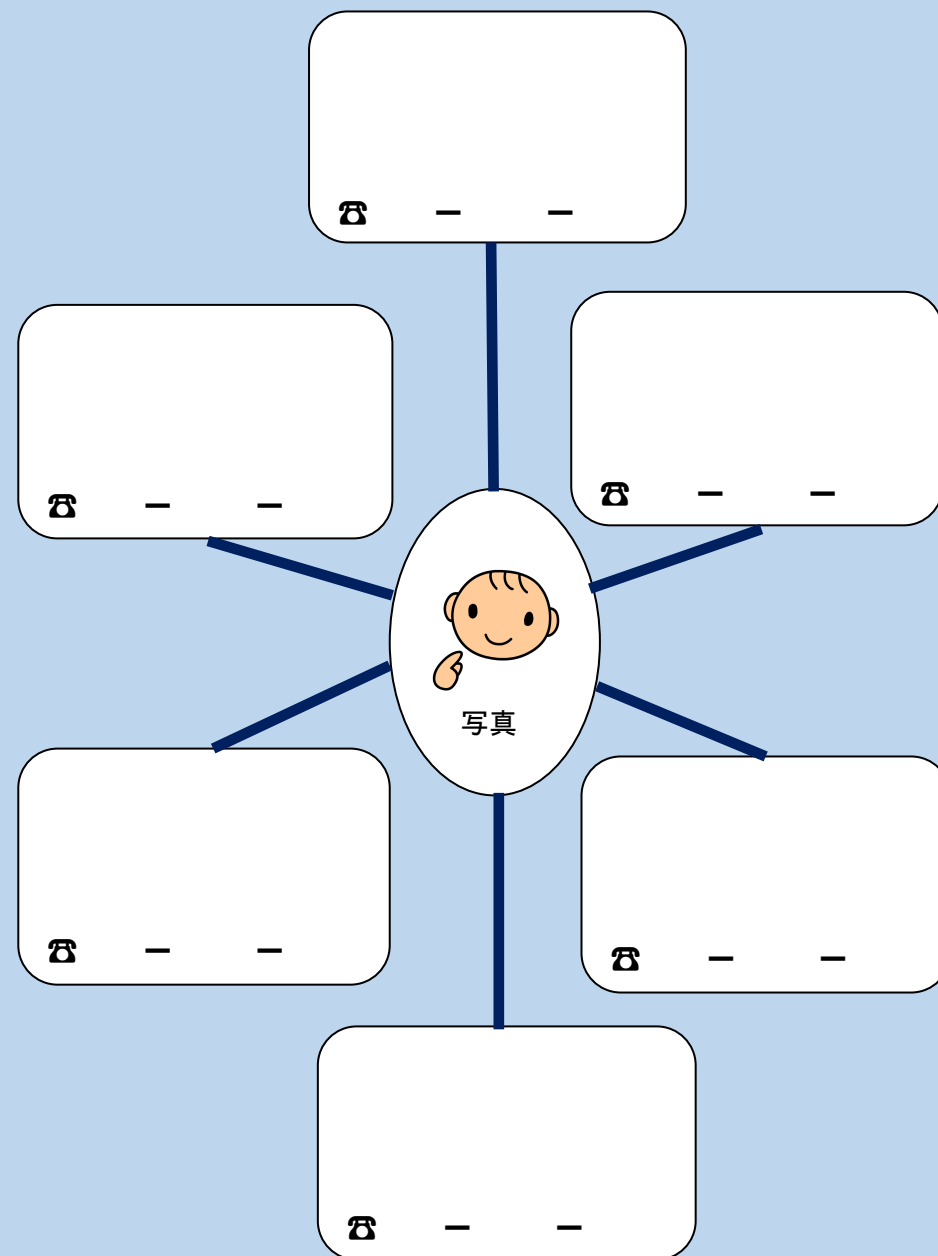
災害時の情報

# <基本情報・医療情報>

記入 年 月 日

ふりがな 氏 名		男 女	保護者名 (続柄)	( )
生年月日		血 液 型	RH+・- ( )	
自宅住所		自宅電話	- -	
家族構成				
緊急時の 連絡先	①	( )	- -	
	②	( )	- -	
	③	( )	- -	
診 断	<診断名>		<診断機関>	
			診断年月日(H 年 月)	
	<服薬>無・有 ( )			
	療育手帳 無・有〔A・B〕次回更新年月〔 年 月〕			
	身体障害者手帳 無・有〔 〕			
	精神障害者保健福祉手帳 無・有〔 級〕次回更新年月〔 年 月〕			
	障害福祉サービス受給者証 無・有			
医療機関	受診医療機関			
	( ) 病院	担当医	( )	
	( ) 病院	担当医	( )	
	( ) 病院	担当医	( )	
療育歴				

# <生活マップ> ~本人と関わりのある人と場所~



## <本人の状況>

<b>性格・行動の特性</b>	<input type="checkbox"/> 集団での行動を好まない <input type="checkbox"/> 新しい環境が苦手 <input type="checkbox"/> 喋ることが苦手 <input type="checkbox"/> 困っていても相談できない <input type="checkbox"/> 緊張しやすい <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 人の気持ちを理解することが苦手 <input type="checkbox"/> 感情のコントロールが難しい <input type="checkbox"/> 苦手なことに対して逃避的である <input type="checkbox"/> 周囲に影響されやすい <input type="checkbox"/> 感覚の過敏さがある（ ） <補足事項>
<b>自分の特性 理解の程度</b>	<input type="checkbox"/> よく理解できている <input type="checkbox"/> ある程度理解できている <input type="checkbox"/> あまり理解できていない <input type="checkbox"/> 理解できていない
<b>命に関わること</b>	<持病等> <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <体質> <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 発熱しやすい <input type="checkbox"/> お腹を壊しやすい <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> その他（ ） <危険行為> <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 突然飛び出す <input type="checkbox"/> 高いところにのぼる <input type="checkbox"/> 異食がある <input type="checkbox"/> 車への危険意識が低い <input type="checkbox"/> 誰にでもついて行く <input type="checkbox"/> その他（ ） <補足事項>
<b>得意なこと 苦手なこと</b>	<得意なこと・好きなこと・興味のあること> <苦手なこと・避けたいこと>
<b>文字の理解</b>	<input type="checkbox"/> ひらがなが読める（一部・全部） <input type="checkbox"/> ひらがなが書ける（一部・全部） <input type="checkbox"/> 漢字の読み書きができる（ 年生程度） <input type="checkbox"/> 文字はわからない
<b>数の理解</b>	<input type="checkbox"/> 1対1対応ができる <input type="checkbox"/> 数字の（読み・書き）ができる（ 程度） <input type="checkbox"/> 数量がわかる（ 程度） <input type="checkbox"/> 計算ができる（加・減・乗・除）

コミュニケーションについて	<本人からの伝え方>	
	<input type="checkbox"/> 言葉で伝えない（クレーン・身振り・指さし・絵や文字カード・筆談）	
	<input type="checkbox"/> 単語・二語文程度で伝える <input type="checkbox"/> 三語文以上の会話で伝える	
	<補足事項>	
	<本人への伝え方>	
	<input type="checkbox"/> 言葉ではわからない（ジェスチャー・指さし・絵や文字カード・筆談） <input type="checkbox"/> 日常よく使う指示は言葉でわかる <input type="checkbox"/> 単語や二語文がわかりやすい <input type="checkbox"/> 言葉に、絵や文字を添えると伝わりやすい <input type="checkbox"/> 特に配慮は不要。三語文以上の会話でわかる	
<補足事項>		
生活の様子	食事	<input type="checkbox"/> 偏食あり（ ） <input type="checkbox"/> アレルギーあり（ ）
		<input type="checkbox"/> 一人で食べる（箸・フォーク） <input type="checkbox"/> 一人で飲む（ストロー・コップ）
		<補足事項>
	排泄	<input type="checkbox"/> 和式利用可 <input type="checkbox"/> 洋式利用可 <input type="checkbox"/> 立位利用可 <input type="checkbox"/> 排尿：一人のできる <input type="checkbox"/> 排便：一人のできる
		<補足事項>
	身だしなみ	<input type="checkbox"/> 自立している
<input type="checkbox"/> 支援が必要（着替え・手洗い・うがい・歯磨き・鼻かみ・衣替え）		
<補足事項>		

## <関わり方について>

本人が困ると思われること	家庭等での対処例
1	
2	
3	
4	
5	

## <パニックについて>

パニックになることが（無・有）

なりやすい状況	パニック時の状態	家庭等での対処例
	<input type="checkbox"/> 他害あり <input type="checkbox"/> 自傷あり <input type="checkbox"/> 他害・自傷なし	

## 家族の願い・・・



